



UNIVERSIDADE DO MINHO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTAGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

A ambivalência em relação ao objecto de amor

ANO LECTIVO 2016/2017- 4ºANO

Autor: Elizabete Cristina Lopes Monteiro, Nº3155

Orientadora: Mestre Cláudia Rodrigues

Mindelo, 2017

UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E
SOCIAIS

RELATÓRIO DE ESTAGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
DA SAÚDE

A ambivalência em relação ao objecto de amor

Trabalho de conclusão de Curso apresentado á
Universidade do Mindelo como parte de
requisitos para a obtenção do grau de
Licenciatura em Psicologia.

Discente: Elizabete Cristina Lopes Monteiro- nº3155

Orientadora: Mestre Cláudia Galina Rodrigues

Mindelo, 2017

Dedicatória

Dedico este relatório aos meus pais, pelo apoio incondicional que tiveram comigo e pela insistência da minha irmã para que eu fizesse a licenciatura, pois serviram de suporte para a realização dos meus objectivos.

Ser empático é ver o mundo com os olhos do outro
e não ver o nosso mundo reflectido nos olhos dele.”
(Carl Rogers)

Agradecimentos

Ao longo desses anos, foram muitas as pessoas que me apoiaram, para que eu chegasse até aqui. Um obrigado a todos eles.

Primeiramente queria agradecer aos meus Pais e à minha irmã, pelo apoio incondicional que me deram.

Ao meu namorado, que neste último ano letivo, me ajudou nos momentos mais difíceis, que me encorajou para que eu não desistisse dos meus objetivos.

A minha orientadora de estágio Mestre Cláudia Rodrigues que com seu humanismo, dedicação e amizade, que soube orientar-me com os melhores métodos, técnicas para se aprender a psicologia clínica, dividindo comigo a sua experiência.

Aos meus colegas de turma, é com satisfação que digo que são meus amigos! Ontem éramos apenas estranhos uns aos outros, mas a nossa amizade transpôs os limites da sala de aula, sendo os nossos encontros para trabalhos de grupos a melhor forma de nos interagirmos e estabelecermos relações de confiança, amizade e cumplicidade.

Às minhas colegas de estágio, Eliane e Cátia, pela partilha de conhecimento e ajuda.

Ao Centro de Saúde de Chã de Alecrim e toda a sua equipe, por ter-me permitido fazer o estágio, pelo seu acolhimento e me ter feito sentir em casa.

Resumo

Este presente relatório tem como objectivo descrever as atividades realizadas no âmbito do estágio curricular, no Centro de Saúde de Chã Alecrim, tutelada pela Delegacia de Saúde de São Vicente como Serviço do Ministério da Saúde e Solidariedade de Cabo Verde, no âmbito do 4º ano do curso de psicologia, da Universidade do Mindelo, sob a orientação da mestre Cláudia Rodrigues, Psicóloga Clínica e da Saúde daquele centro.

O estágio decorreu no período de Janeiro a Julho e teve como objectivos a aquisição e integração de conhecimentos científicos ao longo da formação do psicólogo, realizando-se avaliações e intervenções de acordo com a demanda dos pacientes, tendo sempre em pauta a ética profissional.

Foram atendidos 14 casos, no Centro de Saúde e no domicílio, bem como na comunidade de Salamansa, dos quais um deles foi escolhido para a apresentação clínica, neste relatório. Também levou-se a cabo a execução de um projeto de promoção de saúde, numa escola primária, que também é apresentado neste relatório de forma detalhada.

Para a consecução dos objectivos, fez-se a caracterização do local de estágio e a estruturação do estágio em três fases: adaptação, avaliação e intervenção.

O estágio permitiu a aquisição de novas competências através do contacto com os pacientes e o aprofundamento de conhecimentos adquiridos ao longo da formação.

Palavras-Chave: Estágio Curricular, Caso Clínico, Compreensão clínica, Hipótese Diagnóstica, Proposta de intervenção, Projeto de Promoção de Saúde.

Abstract

This report aims to describe the activities carried out in the curriculum internship at the Chã Alecrim Health Center, supervised by the São Vicente Health Office as a Service of the Ministry of Health and Solidarity of Cape Verde, within the framework of the 4th year of the psychology course, from the University of Mindelo, under the guidance of the teacher Cláudia Rodrigues, Clinical and Health Psychologist at that center.

The internship lasted from January to July and had as objectives the acquisition and integration of scientific knowledge throughout the training of the psychologist, evaluations and interventions being carried out according to the patients' demands, always keeping in mind the professional ethics.

Fourteen cases were attended at the Health Center and at home in the community of Salamansa, one of whom was chosen for the clinical presentation in this report. The implementation of a health promotion project in a primary school was also carried out and is presented in detail in this report.

In order to achieve the objectives, the trainees were characterized in three stages: adaptation, evaluation and intervention.

The internship allowed the acquisition of new skills through the contact with the patients and the deepening of knowledge acquired throughout the training.

Keywords: Curricular Internship, Clinical Case, Clinical Understanding, Diagnostic Hypothesis, Intervention Proposal, Health Promotion Project.

Índice

Introdução	10
CAPÍTULO I- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	11
Centro de Saúde de Chã Alecrim	11
Caracterização das secções	11
CAPÍTULO II- CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES FEITAS NO AMBITO DO ESTAGIO	14
Descrição das Intervenções	14
CAPITULO III. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	16
1- Justificação da Escolha do caso	16
2-Fundamentação Teórica	16
3- Identificação da paciente	20
4- Motivo da consulta	20
5- Antecedentes Pessoais e Familiares	20
6- Descrição das entrevistas e observações feitas	22
7- Técnicas utilizadas no caso	25
7.1- Descrição das técnicas utilizadas	25
7.2- Resultado e análise das Técnicas Utilizadas	26
8- Compreensão Clinica do Caso	27
9- Hipótese Diagnostica.....	28
10- Proposta de Intervenção	28
10.1- Descrição das intervenções feitas.....	29
10.2-Analise das sessões de intervenção	31
Capitulo IV. PROJECTO DE PROMOÇÃO DA SAUDE	32
1- Apresentação do Projeto “ Importância de Dizer Não”	32
1.1- Introdução	32
1.2- Justificação/contextualização	32
1.3- Beneficiários.....	33
1.4-Objectivos.....	33
1.5-Atividades do programa/ técnicas	33

1.6-Metas a serem alcançadas	34
1.7-Público-alvo	35
1.8-Participantes	35
1.9-Local.....	35
1.10-Espaço	35
1.11-Horário	35
1.12-Matérias	35
1.13-Método	35
1.14-Procedimentos	36
1.15-Cronograma.....	37
1.16-Duração	37
2-Relatorio do projeto	37
3- Avaliação da Implementação do projeto.....	40
Referências Bibliográficas	42
Apêndices.....	44
Anexos	58

Introdução

O presente relatório descreve o estágio curricular realizado no Centro de Saúde de Chã Alecrim, sob a tutela da Delegacia de Saúde de São Vicente, como Serviço do Ministério da Saúde e Solidariedade de Cabo Verde, no âmbito do 4º do curso de Psicologia da Universidade do Mindelo.

O estágio teve como objectivos a aquisição de conhecimentos científicos, integração daqueles que foram adquiridos ao longo da formação através da prática clínica, realizando-se avaliações e intervenções de acordo com a demanda dos pacientes, bem como a realização de projetos e abordagens de promoção da saúde, pautados na ética profissional do exercício da função do psicólogo.

Segundo Trindade e Teixeira (2007), a partir dos pressupostos defendidos para a intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários, os objectivos da formação nos estágios de psicologia em centros de saúde diferenciam-se em quatro áreas: a aquisição de conhecimentos, aptidões, competências e atitudes, para o exercício da carreira como técnicos superiores de saúde.

Por sua vez quando o individuo terminar o seu estágio de formação no centro de saúde, ele devera ser capaz de recolher as histórias clínicas de sujeitos que se encontram em diferentes fases do ciclo de vida; conhecer e compreender os aspectos familiares, sociais e culturais que podem influenciar os comportamentos relacionados com a saúde e doença, entre outros.

O estágio teve a duração de 6 meses, tendo iniciado em Janeiro e terminado em Julho. O mesmo dividiu-se em 3 fases, sendo a primeira de apresentação da estagiária aos funcionários da instituição, bem como do local de estágio e seu funcionamento. Seguidamente fez-se a observação de algumas consultas realizadas pela orientadora. Na última fase foi realizada a avaliação de casos e intervenção, abordagens temáticas de promoção da saúde, visitas domiciliárias, visitas a escolas, jardins das comunidades de Chã Alecrim, Madeiralzinho e Salamansa¹, bem como a implementação de projeto na escola primária Padre Cristiano.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, em que o primeiro corresponde à caracterização do local de estágio, o segundo, a caracterização das intervenções feitas, o terceiro, a apresentação do estudo de caso e por ultimo o projeto de promoção de saúde.

¹ Comunidade piscatória para onde a equipa de técnicos de saúde se deslocam para realizar consultas e ações de promoção da saúde, uma vez por semana.

CAPÍTULO I- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Centro de Saúde de Chã Alecrim

O centro situa-se na localidade de Chã Alecrim, tendo sido inaugurado em 24 Julho de 2004. Foi criada com objectivo de estar mais perto da comunidade, dando mais atenção à mesma, no qual constam aos cuidados de saúde, tendo um atendimento mais rápido e eficaz das demandas trazidas pelos utentes.

Em relação a sua estrutura física, o centro encontra-se dividido em dois pisos: no primeiro são encontrados dois consultórios médicos, três salas, uma de recepção, uma de farmácia, uma de curativos, um hall de entrada que é usado como sala de espera e duas casas de banho. O segundo piso é constituído por uma sala de espera, duas casas de banho, uma cozinha, um consultório de psicologia, uma sala de secção infantil e uma de sessão maternal.

A instituição funciona das 8h às 18h, tendo como corpo técnico dois médicos de clínica geral permanente, uma psicóloga, uma assistente social, duas técnicas de farmácia, seis enfermeiras, semanalmente e mensalmente conta com uma nutricionista, um pediatra e um dermatologista.

Caracterização das secções

Secção Maternal

Tem como finalidade o atendimento a grávidas, planeamento e aconselhamento familiar, prevenção de doenças, da gravidez indesejável e precoce. Engloba como público-alvo jovens e adolescentes, grávidas, mulheres em idade fértil e homens que vão procurar informações e preservativos.

Como equipa de trabalho, possui uma enfermeira chefe, sendo que parte das enfermeiras trabalha no período de manhã e as restantes no período de tarde, mediante um mapa de período estabelecido.

No atendimento feito, faz-se o acompanhamento de grávidas desde o pré-natal, para assim se detectar qualquer anormalidade que possa vir a existir durante este período.

Este acompanhamento, muitas vezes é complicado de se fazer, segundo os técnicos, pois as grávidas começam a fazer o controlo tardiamente, colocando em risco a saúde tanto delas como do feto.

O serviço é percebido pelos técnicos, como sendo muito prestativo, pois tem-se conseguido atender a todas as demandas, contando sempre com o apoio da assistente social e da psicóloga do centro, pois sempre que necessário fazem o encaminhamento para a consulta de psicologia. Também realizam sempre na sala de espera, sessões de esclarecimentos de dúvidas sobre vários temas, enquanto os utentes aguardam o seu atendimento, denominados de “ Informação, Educação e comunicação” (IEC).

Secção Infantil

O atendimento nesta secção abrange crianças na faixa etária dos 0 aos 5 anos, tendo como objectivo a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, cumprindo o calendário de vacinação e programas como é o caso de vitaferro, bem como o encaminhamento de crianças com alguma patologia a especialistas.

Como equipa técnica, conta com duas enfermeiras, um auxiliar infantil. Se houver necessidade fazem o encaminhamento para o pediatra, médico de clínica geral, psicóloga e assistente social.

É feito regularmente visitas a comunidades, a pacientes crónicos, diabéticos e a pacientes que rejeitam a fazer tratamento no centro, no sentido de se fazer a sensibilização para a adesão ao tratamento, bem como saber a situação em que os pacientes vivem. Com as crianças também são realizadas avaliações para encaminhamento para consultas de especialidades.

Para além de visitas ao domicílio, são realizadas regularmente abordagens na sala de espera.

Farmácia

Esta secção foi criada com objectivo de facilitar o acesso a medicamentos. Abrange os pacientes carenciados, pensionistas e os beneficiários da promoção social, mediante uma taxa moderadora.

No total a farmácia abrange cerca de 90% dos pacientes que frequentam o centro.

Conta com duas técnicas de farmácia, trabalhando em dois períodos.

Enfermaria

Este serviço tem como finalidade realizar a triagem dos pacientes e curativos, facilitando os utentes, pois já não é preciso se deslocar ao hospital para fazer os mesmos.

Sua equipa técnica é constituída por duas enfermeiras e um agente sanitário, trabalhando no período de manhã à tarde.

Cada enfermeiro se desloca regularmente á comunidade e sempre que solicitado fazem intervenções lá mesmo.

Clinica Geral

São realizadas consultas diariamente á toda a população abrangida pelo centro. Por sua vez, se houver necessidade é feito o encaminhamento para consultas de especialidade.

Para a intervenção comunitária, dão prioridade a doentes crónicos e acamados, mas também fazem visitas a jardins, escolas e estabelecimentos comerciais.

No que consta a encaminhamentos a consulta de psicologia, a demanda é variada, tendo como motivos principais, os problemas familiares, a alteração neurótica e os problemas de adesão ao tratamento.

Psicologia

Tem como objectivo realizar a avaliação e intervenção psicológica, de acordo com as demandas dos utentes do centro, ou seja, presta-se o suporte psicológico aos pacientes em varias fases da vida, no processo de doença, auxiliando os demais profissionais do centro, bem como a intervenção em perturbações psíquicas e outras problemáticas, como forma de prevenção de psicopatologias futuras.

São realizados consultas três vezes por semana aos utentes do centro e de outras zonas da cidade, os outros dois dias são destinados a intervenções na comunidade, abrangendo todas as faixas etárias, desde de crianças até aos idosos.

São realizadas intervenções no âmbito da psicologia da saúde para a prevenção de doenças e promoção da saúde. São feitas triagens e consultas a doentes acamados e com dificuldade de locomoção, para além de abordagens na sala de espera, com temas variados de saúde psíquica.

CAPÍTULO II- CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES FEITAS NO AMBITO DO ESTAGIO

Descrição das Intervenções

No âmbito do estágio foram realizadas várias atividades interventivas, tanto no centro como em outras instituições associadas à Delegacia de Saúde.

No centro de saúde de Chã Alecrim, participou-se indiretamente em abordagens na sala de espera, com temas como, diabetes e hipertensão arterial, cancro de mama, alimentação nas crianças até 6 meses, vitaferró e diarreia.

Participou-se indiretamente em atendimentos de casos atendidos pela psicóloga do centro. Posteriormente realizou-se triagens, avaliação e intervenção de casos².

Foram feitas folhetos sobre o álcool³, para serem distribuídos na comunidade de Salamansa, no âmbito da intervenção comunitária de prevenção do álcool, e um folheto de depressão⁴ para a Feira de Saúde, em comemoração do dia 7 de Abril (dia mundial da Saúde).

Foi realizada a avaliação com o instrumento AUDIT⁵ aos utentes do Centro, no âmbito da comemoração do dia mundial da prevenção da toxicodependência.

Na Escola Padre Cristiano, foi implementado um projeto, direccionado a crianças do 5º ano do ensino básico, com o objectivo de promover a recusa do uso de substâncias psicoativas das crianças.

Na comunidade de Madeiralzinho, foram feitas visitas aos jardins Despertar e Welly, juntamente com a equipa do centro, para realizar observação e triagem psicológica das crianças.

Na comunidade de Canalone, no centro de acolhimento de crianças com vulnerabilidades especiais (CACVE), foram feitas 2 visitas, uma em que participou-se de uma reunião clínica com toda a equipa do centro e a terapeuta ocupacional para discutir e analisar os casos do centro, bem como a abordagem dos técnicos e outra visita para a triagem dos casos das crianças que necessitariam de avaliação psicológica.

Na comunidade piscatória de Salamansa, foram feitas deslocações 3 vezes por mês, para atendimentos dos casos na unidade sanitária de base e no domicílio. Além dos atendimentos

² Ver casuística no apêndice 1.

³ Ver apêndice 2.

⁴ Ver apêndice 3.

⁵ AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. (Instrumento de despiste de desordens ligadas ao uso do álcool)

foram feitas visitas ao jardim e à escola primária da localidade para o levantamento de necessidades de intervenção psicológica às crianças.

Foram feitas abordagens na unidade sanitária de base⁶, sobre o alcoolismo e depressão, com participação direta. Participou-se de intervenções comunitárias de promoção da saúde, com a equipa técnica em que deslocou-se a todas as mercearias, para sensibilizar aos comerciantes sobre a venda ilícita de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos e distribuição de folhetos sobre o tema.

Participou-se, no âmbito do Dia Mundial da Saúde, numa Feira de saúde “Depressão, vamos conversar”, realizada pela Delegacia de saúde de São Vicente, onde foi montada uma tenda, para se realizar o despiste de depressão, com o instrumento CES-D⁷ e de uma sessão clínica com o tema “Reabilitação Neuropediátrica”, presidida por médicos portugueses, no Hospital Baptista de Sousa.

⁶ Ver fotos no apêndice

⁷ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

CAPITULO III. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

1- Justificação da Escolha do caso

Deu-se a escolha deste caso, por ser o único em que se conseguiu fazer a avaliação e a intervenção e também por ser muito interessante, pelo seu histórico pessoal e clínico.

Por outro lado, o vínculo terapêutico foi bem conseguido, o que facilitou todo o processo terapêutico, chegando a melhorias da sintomatologia da paciente.

2-Fundamentação Teórica

A ausência de amor

Segundo Coimbra de Matos (2002) a necessidade de calor, aconchego e conforto envolvente estabelecem-se no psiquismo da criança desde muito cedo e perduram por toda a sua existência. Toda a criança precisa de amor e consideração para o desenvolvimento afectivo. Desta forma qualquer carência ao nível das necessidades afectivas básicas conduz a um sentimento depressivo de falta, a qual se não for preenchida provoca a insuficiência narcísica⁸, com depressão crónica.

Golse (2005) explica que para além das necessidades primárias como por exemplo a alimentação, existe mais uma necessidade, a de vinculação, que por sua vez é indispensável ao desenvolvimento da personalidade.

Depressão

A depressão é a perda/abaixamento da pressão anímica, traduzindo-se por diminuição da energia psíquica e vital, da libido, da motivação e do interesse pelo real, sendo que o seu sintoma patognomónico é o abatimento, desaceleração ou abrandamento. (Coimbra de Matos, 2001).

A depressão consistiria na persistência do investimento inconsciente da representação do objecto. Percebemos uma relação entre os afectos, depressão e ansiedade: “um neurótico terá ansiedade quando a sua pulsão solicitar uma gratificação cujo recalamento o impede de obter, a depressão instala-se quando ele tem que desistir do seu objecto sexual sem obter gratificação. (...) Ele sente-se incapaz de amar e de ser amado” (Abraham, 1915; Coelho, 2004, p.27; Coimbra de Matos, 2001, p.32; citado em Rodrigues,2013).

Existem três noções importantes, no ponto de vista dinâmico, no estudo das depressões.

⁸ Narcisismo: “amor que se tem pela imagem de si mesmo” (Freud, 1916, citado em Rodrigues, 2013).

A primeira é a depressibilidade, que se constitui na capacidade de se deprimir, de fazer o trabalho de luto, que é a depressão reativa, normal. É uma reação ao fenómeno de luto ou de perda de um objecto privilegiado, como indício de boa saúde mental.

A segunda é a depressão patológica, que se revela quando uma natureza narcísica dos laços com o objecto, narcísico, funcional, ou *self*⁹-objecto, condiciona uma intensa intolerância e uma susceptibilidade relativamente à ‘perda do amor e da proteção’ desse objecto funcional ou complementar. O sujeito sente que uma parte essencial de si se separa e se afasta quando o perde, no real ou no imaginário.

A terceira é a depressividade, que é caracterizada pela existência de um conflito forte e permanente com os objetos internos que traz uma constante aniquilação do *self* e exaustão do Eu, revelada por sentimentos de inferioridade e/ou comportamento de relativa incapacidade. A depressão, que quase sempre surge desta estrutura, é a neurótica. O objecto é admirado pelo sujeito mesmo sendo controlador e desta relação forma-se um ‘supereu’¹⁰ precoce e esmagador’ da atividade espontânea do sujeito, base da personalidade depressiva.

Melanie Klein (citado por Golse, 2005) pensa que existe desde o nascimento um ego primitivo, imaturo, a que falta coesão e que vai desde logo ficar exposto à angústia suscitada pelo conflito entre a pulsão da vida e a pulsão da morte. Isto vai obrigar o ego frágil do bebé a gerir a angústia suscitada por este conflito. A forma como o ego vai lidar com esta angústia será o protótipo da sua capacidade de manter um certo equilíbrio entre as forças em presença.

Klein coloca a hipótese de um ego rudimentar desde o nascimento que vai, para se defender contra o conflito nascido da luta entre as pulsões, projetar para o exterior a pulsão da morte. Ao mesmo tempo, uma parte da pulsão de vida, o ego vai introjetar um objecto ideal, fazer dele uma parte de si mesmo e identificar-se com ele. Com esta oscilação projeção/introjecção, vai estabelecer uma dupla relação: «um bom seio e um mau seio».

Num nível mais avançado, todos os progressos do bebé relativamente ao seu mundo interno e externo vão fazê-lo sentir que as sensações são provenientes de um mesmo objecto, a mãe, implicando reconhecer a sua dependência em relação a ela. A criança vai experimentar sentimentos agressivos e sentimentos de amor a seu respeito. Ela é vivida portanto como pelo bebé como sendo a fonte das suas gratificações e frustrações. Aqui a ambivalência em relação ao objecto começa a manifestar-se.

⁹ *Self*: diz respeito a si próprio, a própria pessoa em oposição ao objecto, que se deferência da noção de Eu, Ego, como estrutura da personalidade.

¹⁰ Supereu ou superego: uma das instancias da personalidade com papel semelhante a de um censor moral do ego, constituindo-se uma interiorização das exigências e das interdições parentais. (Laplanche e Pontalis, 1990, citado em Rodrigues, 2013)

A angústia de perda do objecto é alimentada pelos fantasmas destrutivos da criança, que crê ter danificado e destruído o objecto.

Há um mecanismo de defesa que normalmente aparece que é a reparação, que vai permitir à criança preservar, recriar, reparar o objecto. Melanie Klein afirma que: «... a criança muito pequena não chegou ainda a fazer a distinção entre uma ausência passageira e uma perda definitiva. Cada vez que a presença da mãe lhe falta, ela comporta-se como se nunca mais a pudesse ver e é só na sequência de experiencias repetidas que ela aprende que uma ausência repetida é sucedida de um retorno garantido». (Klein, 1975, citado por Golse, 2005, p. 85).

“O depressivo ama para ser amado e admirado”, devido a sua baixa autoestima, autovalorização e por necessidade de dependência afectiva, sendo a relação de complementaridade, na depressividade, a da satisfação do narcisismo do objecto (Coimbra de Matos, 2001, p.41).

O primeiro modelo cognitivista-comportamental da depressão desenvolvido, é o modelo cognitivo de Beck, que tem sido extensivamente estudado. Este modelo sugere que a existência leva as pessoas a hipóteses de formarem esquemas sobre si próprio e sobre o mundo para, posteriormente, organizar a sua percepção, administrar e avaliar o seu comportamento. A capacidade de prever e dar sentido às experiencias de alguém que é útil e necessária ao funcionamento normal. No entanto algumas hipóteses são rígidas, resistentes á mudança e portanto disfuncionais e contraproducentes. (Fennell, 1989, citado em Rodrigues, 2013).

Somente as suposições disfuncionais não são suficientes para despoletar a depressão clinica. Os problemas surgem quando ocorrem incidentes críticos que engrenam com o próprio sistema de crenças da pessoa. Assim, a crença pessoal “do que vale a pena” depende inteiramente do sucesso e pode levar à depressão, caso haja fracasso.

Uma vez ativadas as disposições disfuncionais, estas produzem uma onda de pensamentos automáticos negativos na medida em que estão associados a emoções desagradáveis, em vez de serem produtos de qualquer raciocínio deliberado. Tais suposições podem ser interpretações de experiencias atuais, previsões sobre eventos futuros ou lembranças de coisas que aconteceram no passado. Eles por sua vez levam a outros sintomas da depressão: comportamentais, motivacionais, emocionais, cognitivos e físicos.

Conforme a depressão evolui, estas crenças automáticas negativas tornam-se mais frequentes e intensas. Forma-se então um ciclo vicioso num processo que pode ser auxiliado negativamente pelo desenvolvimento de um humor deprimido. Efetivamente, por um lado, quanto mais a pessoa se deprime, mais os pensamentos deprimentes surgem e mais acreditam

neles. Este funcionamento cognitivo não implica que o pensamento negativo cause depressão, mas faz parte dela. (Fennell, 1989, citado em Rodrigues, 2013).

A personalidade depressiva

A personalidade depressiva é caracterizada pela deficiente organização do investimento narcísico; a baixa autoestima é seu pano de fundo. Trata-se de uma situação permanente de depressão narcísica ou depressão de inferioridade. O indivíduo é dominado por um sentimento mais ou menos permanente de frustração, de não realização dos seus projetos e planos. E isso acontece em grande parte, em face das decepções sofridas no passado infantil: decepção primária, pelo reconhecimento de outros objetos do interesse e investimento da mãe. O destino e o humor desta personalidade são marcados por enorme ambição e ânsia e por constante insatisfação. Os traços mais comumente encontrados neste tipo de personalidade são baixa autoestima, culpabilidade, supereu rigoroso, vulnerabilidade à perda, tendência de desânimo e idealização do passado. Estes correspondem a uma depressão crônica latente ou depressividade, e vai se organizando a partir de algumas sequelas de uma reação depressiva ou de pequenas perdas cumulativas. Um dos elementos mais na origem da depressividade é dificuldade de aceitar perdas, é o problema fundamental de um sujeito castrado e onipotente como é o depressivo.

Ainda, as mães com este tipo de personalidade, são mães com profundos sentimentos de castração, insatisfeitas e frustradas, que investem compensatoriamente o filho e se tornam hipersolicitas e hiperestimulantes ao mesmo tempo que hiperdesejantes e hiperexigentes em retribuição afetiva do filho, à qual este não pode responder por incapacidade e imaturação, frustrando a mãe, que imediatamente reage frustrando o filho, envolvendo-o numa relação contraditória de hiperstimulação/ hiperfrustração. (Coimbra de Matos, 2001).

Surgimento da depressão na gravidez

No caso da mulher grávida, a depressão pode aparecer no início da gestação ou imediatamente após o parto. Durante o período da gestação ela irá experimentar mudanças no seu corpo e a nível psicológico. O cansaço provocado pelas mudanças hormonais a deixa menos disposta a algumas atividades, preferindo dormir e ficar quieta do que se envolver em aspectos do dia-a-dia.

Em alguns momentos a futura mãe pode sentir-se pequena frente a essa tarefa que a envolve em uma maior sensibilidade, ocasionando, sem que ela saiba porquê, vontade de chorar,

experimentando uma certa vulnerabilidade emocional, comportando-se forma hostil ou mostrando-se muito mal-humorada.

Entretanto, algumas situações especiais poderão fazer com que essas experiencias sentidas ao longo da gravidez passem a configurar-se como mais serias e profundas, dificultando as relações, trazendo desconforto familiar em alguns momentos, especialmente na mãe. Nesses casos é importante verificar foram observados sinais depressivos na gestante.

A depressão pós-parto é um estado materno de incapacidade de cuidar do bebê de forma prazerosa ou lúdica. Não exista falta de preocupação, amor ou carinho. A própria mãe vai queixar-se disso e sinalizar com pedidos de ajuda. A observação irá mostrar que existe uma dificuldade por parte dela em atender as solicitações do bebê e de responder ao mesmo, na mesma intensidade, em sintonia com o que ele deseja ou solícita. (Morsch & Braga, 2003).

3- Identificação da paciente

Nome: H.N.

Idade: 24 anos

Profissão: Domestica

Escolaridade: 12º Ano

4- Motivo da consulta

A tia de H.N, por iniciativa própria procurou ao centro de saúde, pois estava preocupada com a sobrinha, que desde do nascimento da filha dela, não queria cuidar da filha, tendo crises de choro e de raiva.

5- Antecedentes Pessoais e Familiares

H.N é uma jovem de 24 anos, natural de São Vicente. Vive numa zona próxima ao centro de saúde, estudou até o 12º ano. É a terceira filha de uma fratria de 3 irmãos, com quem mora, juntamente com sua filha de 7 meses.

Segundo a história contada pela mãe à paciente, H.N foi fruto de uma gravidez não desejada, em que a mãe fez várias tentativas de aborta-la, “mas sem sucesso” (sic).

Desde criança ela morava na casa do pai, pois a mãe não tinha tempo para cuidar dela e dos irmãos. A mãe era muito ausente por causa do trabalho.

Segundo H.N, seu pai apenas supria as suas necessidades básicas como alimentação e higiene pessoal, não demonstrando amor, carinho e afecto.

Sempre que ela queria visitar sua mãe, seu pai brigava com ela, pois ele não queria que H.N aproximasse da mãe.

Com 11anos, depois de ter saído da escola, H:N não foi para a casa e desapareceu durante um dia. Estava triste por ter discutido com os irmãos, “ estava irritada e triste com o mundo” (sic), foi para um monte e pensou em suicidar-se. Uma pessoa a viu e chamou a ambulância e a levaram para o hospital. Teve 5 sessões acompanhamento psicológico, mas depois desistiu, porque já se sentia melhor.

Com 15 anos, discutiu com o pai, porque ela foi visitar a mãe. O pai disse que não podia visitar a mãe “ moras comigo e não com a tua mãe”(sic pai). O pai a colocou para fora de casa e H.N foi morar com a mãe.

Durante todo tempo que viveu com a mãe, a mãe tentava aproximar-se dela, para recuperar o tempo que não cuidou dela, mas H.N não permitia essa aproximação, alegando “ eu sou muito rebelde, se ela não se aproximou de mim, enquanto eu morava com o meu pai, não vai ser agora” (sic). Com 18 anos, a mãe emigrou e os irmãos foram morar com ela, para que não ficasse sozinha.

H.N, sempre foi vista pela família e pelas pessoas como sendo “ rebelde”, aquela que não aceitava regras impostas e que por qualquer motivo, gritava com os irmãos e pai, sendo consequentemente punida.

Com 23 anos teve o 3º relacionamento. Durou 6 meses. O seu namorado, de 30 anos, insistia muito para que eles tivessem um filho, mas H.N nunca quis ter um filho, pois sempre cuidou para que isso não acontecesse.

Por gostar muito do seu namorado, decidiu então atender ao pedido dele e deixou de utilizar contraceptivos tendo engravidado meses depois. Grávida com quase 2 meses, o namorado começou a distanciar-se dela. Ela decidiu confrontar o namorado por causa do distanciamento e disse que “iria abortar, para ver a reação dele” (sic). O namorado passou a dar-lhe mais atenção, carinho e passeavam sempre. Passados os 5 meses, a situação voltou ao que era antes, ele distanciou-se, “ como se ele estava a espera que o tempo passa-se e eu não pudesse abortar” (sic). O namorado não respondia o telefone, passava dias sem ir visita-la e não ajudava financeiramente. Sempre ela o via a passar perto da sua casa, mas não ia ter com ela. Ela se sentia abandonada e triste e decidiu terminar o relacionamento com ele.

A gravidez e o parto decorreram dentro da normalidade. Segundo H.N, desde que sua filha nasceu, ela sente um vazio porque não consegue sentir amor pela sua filha. Sente-se triste

quando ouve relatos de outras mães de como é maravilhoso ter e cuidar de um bebe, e ela “ não sente nada em relação a filha” (sic). Ela cuida da filha porque é obrigada a fazer isso e as vezes pensa que é melhor entregar a filha para seu pai, para ele cuidar.

Durante toda a entrevista, H.N mostrou-se muito colaborativa em responder a questões, chorou varias vezes, quando relatava sobre a discussão com o pai, em que depois saiu de casa e também quando falava do relacionamento com o pai da filha e com a própria da filha.

6- Descrição das entrevistas e observações feitas

A avaliação do caso foi realizada em 5 sessões, uma vez por semana.

1ª Sessão: Entrevista e Observação Clínica

A primeira consulta foi realizada no dia 9 Junho de 2017. Primeiramente fez-se apresentação da estagiária a paciente. Foi-lhe explicado que a consulta é um espaço dela, onde que poderia estar a vontade para colocar questões e que, qualquer duvida que tenha poderia contar com a estagiária. E que tudo o que for dito em consulta seria mantido em sigilo.

Procedeu-se a exploração do motivo da consulta, utilizando-se algumas técnicas da entrevista clinica. Inicialmente ao falar do motivo da consulta, começou a chorar. Após algum tempo, começou por dizer que tinha vindo à consulta: “porque não consigo sentir nada pela minha filha”(sic). Acrescentou ainda que “ sinto-me triste quando ouço relatos de outras mães, dizendo o quanto maravilhoso ter um bebe e cuidar dele enquanto que eu não sinto prazer em cuidar da minha filha” (sic).

Posteriormente foi feito o levantamento de dados sociofamiliares e do histórico clinico, onde verificou-se que ela já tinha feito outras consultas de psicologia quando era mais nova, mas não especificou o motivo, inicialmente. Tinha feito consultas de rotina no centro de saúde, bem como tratamentos ginecológicos no hospital. Realizou corretamente o pré-natal e pós-natal, tendo feito todas consultas exames pedidos.

No final da consulta, H.N mostrou a sua preocupação com a filha, porque “não tem vontade de cuidar dela” (sic).

Foi estabelecido o contrato terapêutico em que o compromisso era de que ela viria as próximas consultas, uma vez por semana mediante o horário e dia combinado, até que ela se sentisse melhor e fosse possível efetuar a alta ou encaminha-la a orientadora.

2ª Sessão: Entrevista e Observação Clínica

A paciente entrou na consulta com um aspecto mais tranquilo. Foi -lhe perguntado como decorreu a semana depois da consulta, ela respondeu “normal, nada de especial” (sic).

Nesta sessão foi explorado o relacionamento com a sua família. Ela referiu que com os pais tem um relacionamento distante, porque “a mãe nunca teve tempo de cuidar dela e dos irmãos e que o pai não lhes demonstrava amor nem afecto” (sic). Seguidamente referiu como foi sua infância até adolescência. Quando relatou como foi que o pai lhe colocou para fora de casa, ela chorou e permaneceu alguns minutos em silêncio.

Após o silêncio, foi-lhe perguntado se queria mudar de assunto. Ela respondeu que sim e começou a falar do relacionamento com os irmãos. Disse tinha uma relação muito boa com a irmã mais velha, pois foi quem cuidou dela e do irmão mais novo, “ela foi mais minha mãe do que a minha própria mãe”(sic).

Em relação aos relacionamentos, teve 2 namorados, antes de conhecer o pai da filha dela. Relatou como foi esses relacionamentos e que como foi a decisão de engravidar” resolvi ter um filho porque o meu ex. namorado insistiu muito, eu sempre protegi para que não engravidasse tão cedo” (sic) e porque terminou com o pai da filha dela.

No final da consulta, a paciente agradeceu a estagiária por tê-la ouvido e a estagiária reforçou dizendo que este é um espaço terapêutico, que podia dizer tudo o que quisesse e que é nisto que consistia a psicoterapia.

3ª Sessão: Observação Clínica e avaliação da depressão (aplicação do inventário de depressão de Beck-BDI)

Perguntando á paciente como tinha corrido a semana, esta respondeu que estava bem, mas tinha discutido com o pai da filha dela, relatando o acontecimento. Seguidamente referiu a quando tinha dito a ele que iria abortar e a o comportamento dele na altura.

Referiu também sobre o acontecimento de quando ela pensou em suicidar-se. Foi-lhe perguntado se ainda tinha esses pensamentos e ela disse que sim, “não faço isso porque a minha mãe iria ficar triste comigo” (sic). Mudou de assunto e disse que não queria mais falar sobre aquilo.

Seguidamente foi-lhe explicado que um dos objectivos da sessão, seria a aplicação do inventário de Beck, tendo aceitado preenche-lo. Estava concentrada a preencher o mesmo, colocando algumas dúvidas em relação as perguntas.

4ª Sessão: Observação Clínica e avaliação da autoestima (aplicação da escala de autoestima de Rosenberg)

A paciente chegou atrasada na consulta. Disse que estava cansada, porque desde cedo tinha saído de casa.

Foi feita a devolução dos resultados do inventário de Beck, demonstrando à paciente que os resultados, bem como os dados observados anteriormente, apontaram para a existência de uma sintomatologia depressiva moderada a grave¹¹. Foi reforçada a ideia de que era importante que ela continuar a ir as consultas, para se trabalhar na melhoria dos sintomas.

Foi orientada no sentido de preencher a escala de autoestima de Rosenberg e do motivo da aplicação da mesma.

5ª Sessão: Observação Clínica e avaliação da Ideação Suicida (aplicação do Questionário de ideação suicida- QIS)

H.N chegou a consulta muito alegre e bem-disposta e disse que a semana correu tranquila.

Foi feita a devolução da escala de autoestima, explicando-lhe, que segundo o teste e a observação feita até aquele momento, ela tinha uma autoestima baixa e que era preciso trabalhar este aspecto¹².

Seguidamente procedeu-se a aplicação do questionário de Ideação suicida que foi prontamente preenchido.

Foi-lhe perguntado quais eram as atividades que gostava de fazer, ela respondia que fazia parte de uma equipa de futsal, mas que não ia mais, porque sentia vergonha de permanecer onde há muita gente. Justifica que não se aproximava muito das pessoas, porque tinha medo do que vão pensar dela. Também não ia a festas, porque quando era mais nova, seu pai não lhe deixava sair de casa, e “hoje em dia, festas não me trazem nenhum prazer” (sic).

Em relação a sua filha, disse que inicialmente sentia “vontade de espancar minha filha, quando ela chorava, mas agora tenho tentado ter mais paciência” (sic).

Perguntei, sobre o que ela queria que trabalhássemos nas próximas sessões, respondeu que queria ajuda para saber como melhorar o relacionamento com o pai da filha dela. Foi explicada à paciente como é o processo de intervenção e que sua colaboração é de extrema importância para a melhoria dos sintomas.

¹¹ Ver anexo 2

¹² Ver anexo 3

7- Técnicas utilizadas no caso

Durante o processo de avaliação, foram utilizados alguns instrumentos, como é o caso da observação, a entrevista semiestruturada, a escala de depressão de Beck, escala de autoestima de Rosenberg e um questionário de ideação suicida. É de destacar que apesar de alguns instrumentos utilizados, como as escalas referidas, não serem aferidos para a população cabo-verdiana., foram utilizados para complementar o processo de avaliação.

7.1- Descrição das técnicas utilizadas

-Observação Clínica: Ferreira & Mousquer (2004) definem a observação clinica como um instrumento de coleta de informações acerca do processo psicoterapêutico, fornece elementos que sejam indicativos de psicopatologia ou não, como posturas e comportamentos. Permite também verificar as respostas verbais dadas ao entrevistador (quando for o caso), confrontando estas com as constatadas pela observação.

- **Entrevista Clínica:** utilizada para levantar dados da vida do sujeito. “Praticada por psicólogos de qualquer orientação teórica, a psicoterapia de apoio, decorre diretamente da existência de entrevistas psicológicas do tipo clinico” (Leal, 2010, p. 10).

Algumas técnicas específicas da entrevista clinica que foram utilizadas:

O questionamento, em que as perguntas pretendem aumentar a informação do entrevistador sobre o entrevistado, ou pelo menos reduzir os seus níveis de incerteza.

A reflexão que tem uma ideia central a de fazer compreender ao entrevistado que não só se percebe o que ele comunica como se está a pensar no assunto.

A clarificação que é a técnica que se usa para tornar mais claro o que foi dito anteriormente.

A exploração que se apoia frequentemente numa forma interrogativa, destina-se a investigar áreas da vida, dos pensamentos ou dos sentimentos do entrevistado que são relevantes.

- **Escala de Depressão de Beck:** a escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. (Gorestein & Andrade, 1998).

- **Questionário de Ideação suicida (QIS):** tem a sua utilidade em se conseguir analisar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos categorizando-os em pouco ou muito graves.

Borges & Werland (citado em Rodrigues,2013) entendem por ideação suicida os pensamentos de autodestruição ou as ideias suicidas, incluindo desejos, atitudes ou planos de término da própria vida.

O questionário é constituído por 30 itens com sete opções de resposta que traduzem a frequência de ocorrência de ideação suicida. É uma escala tipo likert, cujas opções de resposta variam entre “nunca pensei nisto” até “quase todos os dias” que correspondem a pontuações que variam entre 0 a 6 pontos, respectivamente. Quanto maior for a pontuação total da escala preenchida pelo sujeito, maior será gravidade da ideação suicida, tendo como pontuação máxima de 180 pontos. (Moreira e Gonçalves,2010, citado em Rodrigues,2013).

-**Escala de autoestima de Rosenberg:** Utilizada para explorar a autoestima entendida como sentimentos de valor pessoal e de respeito a si mesmo. Possui dez itens, sendo seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa. As opções de resposta são: discordo totalmente, concordo, discordo, concordo totalmente, correspondendo a uma escala tipo Likert. Cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos. Quanto maior o *score*, maior o nível da autoestima.

Rosenberg (citado em Sbicigo et al, 2010) define a autoestima como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo.

7.2- Resultado e análise das Técnicas Utilizadas

Inventário depressão de Beck: a paciente teve a pontuação de 21 valores, que situa no intermedio de 19 a 21 pontos, considerando o ponto de corte para a existência de uma sintomatologia depressiva. Este resultado indica a existência de uma depressão moderada a grave.

Escala de autoestima de Rosenberg: H.N obteve a pontuação de 13 valores. Este valor representa uma autoestima baixa, considerando o ponto de corte da escala que é de 16 pontos, ou seja, existiam problemas significativos de autoestima.

Questionário de ideação suicida: a paciente obteve uma pontuação de 82 pontos, o que significa que a ideação era presente nos seus pensamentos, considerando que quanto mais a pontuação obtida for mais alta, maior será a ideação, bem como a pontuação máxima de 180 pontos.

O questionário de ideação suicida correlaciona-se positivamente e significativamente com o inventário de depressão de Beck e negativamente porem significativamente com a escala de autoestima de Rosenberg (Moreira e Gonçalves,2010, citado em Rodrigues,2013).

8- Compreensão Clínica do Caso

H.N veio de uma gravidez não desejada, onde que a mãe fez várias tentativas de abortá-la, ou seja, desde da concepção da paciente, esta foi rejeitada pela mãe. Isto faz com que o sujeito sinta que é um incômodo na vida dos pais.

Durante a sua infância, a figura materna era ausente, e a paterna apenas satisfazia suas necessidades básicas. Isto faz com que tivesse uma ausência de amor e afecto, o que levou a uma carência afectiva e o vínculo materno não estabelecido.

O facto de a mãe estar ausente, fez com ela que percebesse que a mãe que amava tanto era a mesma que a abandonou, trazendo grande sofrimento a ela e criando uma ambivalência em relação á mãe.

Ela não conseguiu realizar o mecanismo de defesa, a reparação, pois a mãe esteve sempre ausente, não permitindo que reparasse o objecto.

O não se sentir desejado e valorizado pelos pais, dificultou o sentimento de constância do objecto interno, causando na paciente um sentimento de vazio interno, o que explica o comportamento pouco assertivo e até certo ponto agressivo, levando a que os outros a sua volta a vissem como rebelde.

Já na adolescência, tentava criar um vínculo com a mãe, mas era punida pelo pai por tentar aproximar-se dela. Quando foi morar com a mãe, o sentimento de ambivalência prevaleceu, pois ao mesmo tempo que amava também a odiava. Por isso não deixava que a mãe se aproximasse dela. Posteriormente, ela veio a ter uma nova perda, pois a mãe emigrou, deixando-a novamente sozinha. Para tentar superar esse abandono, os irmãos foram morar com ela.

Nos dois relacionamentos que teve na adolescência, sempre cuidou para que não engravidasse, pois tinha medo que acontecesse o mesmo que aconteceu com a sua mãe em relação a ela, ou seja, que não pudesse cuidar da criança. Porém, decidiu juntamente com o namorado ter um bebê, apesar de não ter sido uma vontade dela, de não a ter desejado. Ao engravidar, sentiu-se abandonada pelo pai da criança que não lhe dava nem amor, nem atenção, ou seja, mais uma vez, sentiu que a pessoa que amava tanto a decepcionou. Compreende-se que o facto da ausência de afecto que teve durante a infância impede de amar a filha, o que lhe deixa angustiada.

9- Hipótese Diagnostica

Feita a avaliação psicológica do caso, coloca-se a hipótese diagnostica de uma Personalidade depressiva. Após o parto surgiu uma perturbação de humor como desordem psicopatológica. Segundo o DSM-IV (2002) as Perturbações de Humor incluem as perturbações que têm como característica predominante uma perturbação de humor. Elas dividem-se em Perturbações Depressivas e Perturbações Bipolares. As Perturbações Depressivas distinguem-se das Perturbações Bipolares pela ausência de história de Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco (p.345).

10- Proposta de Intervenção

Feita a avaliação do caso, constatou-se a necessidade de se fazer intervenção, pois os sintomas depressivos identificados estavam comprometendo a vida emocional de H.N, bem como o relacionamento com sua filha e com o pai da mesma.

Como recursos internos e externos da paciente foram identificados, a pontualidade e assiduidade para as consultas, a motivação em querer melhorar a sua sintomatologia, a prontidão em executar todas as tarefas propostas, conduzindo assim ao envolvimento terapêutico.

Foi feita a psicoterapia de apoio de média duração, utilizando-se técnicas cognitivas-comportamentais.

Leal (2010) defende que a psicoterapia de apoio é inerente ao desempenho dos psicólogos clínicos, independentemente da sua orientação teórica de formação complementar e dos contextos que se trabalha. Por isso mesmo é, e pretende ser, uma terapia pragmática virada para aquilo que é enunciado como queixa, sintoma ou sofrimento. A psicoterapia de apoio

tem como objectivos o restabelecimento do equilíbrio psicológico do paciente, obter a melhoria sintomática, o melhoramento da adaptação ao meio, como também promover uma relação paciente-terapeuta positiva e de apoio.

A psicoterapia de apoio de média duração não trabalha necessariamente com situações de crise, mas sim com situações dolorosas, acidentais ou desenvolvimentais, que não tenham indicação específica para uma dada terapia, como era o caso de H.N.

Trindade e Teixeira (2007) afirmam que a intervenção em centros de saúde inclui essencialmente modelos de aconselhamento psicológico em saúde, técnicas cognitivas e comportamentais, treino de competências sociais e a psicoterapia de apoio.

A psicoterapia de apoio baseia-se em técnicas, tais como: a sugestão, a securização, o aconselhamento, a educação e a clarificação. Por sua vez, na sugestão, o terapeuta utiliza a sua própria capacidade de avaliação do real para sugerir cenários alternativos. A securização é a técnica onde o terapeuta simultaneamente tranquiliza o seu cliente e reforça a sua autoestima através de uma expressão de concordância com uma ideia, atitude, pensamento ou decisão. O aconselhamento consiste numa recomendação por parte do psicólogo de atitudes ou decisões do cliente com vista a reforçar aspectos saudáveis da sua personalidade. A educação possui um carácter pedagógico e informativo sobre assuntos ou situações que são relevantes para o paciente. A clarificação, por sua vez, consiste em tornar mais claro o que anteriormente foi dito com fim terapêutico de permitir ao cliente perceber melhor os seus sintomas.

10.1- Descrição das intervenções feitas

A intervenção foi realizada em 4 sessões:

1ª Sessão

Foi-lhe devolvido os resultados do questionário de ideação suicida¹³. Foi feita a orientação no sentido preventivo, ou seja caso que tivesse os pensamentos de ideação suicida ou não sentisse bem, que ela recorresse aos bombeiros ou se dirigisse ao centro de saúde. Ainda para falasse com os irmãos, para ligar aos bombeiros em situações de risco.

Seguidamente foram abordados os pensamentos automáticos, a importância de identifica-los, para seguidamente substitui-los por pensamentos mais adaptativos.

¹³Ver anexo 4

Apresentou-se uma ficha de automonitorização¹⁴, bem como a orientação para o preenchimento do mesmo.

Foi enfatizado a importância de H.N. conversar com o pai da filha para lhe explicar como ela se sentia no relacionamento deles.

2ª Sessão

Como foi notado uma forma de comunicação pouco assertiva entre a paciente e o pai da filha, nesta sessão foi apresentado um *PowerPoint*¹⁵ sobre o tema.

Primeiramente foi explicitado o conceito de assertividade. Logo depois foram apresentadas características da pessoa que é passiva, assertiva e agressiva. A paciente identificou a sua forma de comunicar como sendo agressiva. A seguir foi apresentado os direitos e deveres assertivos, em que foi discutido cada direito/dever. Fez-se apresentação de algumas situações, para se identificar que tipo de comunicação, em que H.N identificou os diferentes tipos de comunicação. A seguir foram apresentadas as 4 etapas da mensagem assertiva e apresentação de um exemplo das etapas. No final, foram identificados algumas situações em que H.N foi agressiva na comunicação com o pai da filha dela e reconstruímos a situação utilizando a etapas da mensagem assertiva.

Ao longo da sessão estava muita atenta e comunicativa. Sempre que tinha alguma dúvida em relação ao tema tratado, não hesitava em coloca-las.

Disse que gostou muito da sessão, pois aprendeu coisas novas, de como comunicar-se melhor e que iria por em prática o aprendeu na consulta.

3ª Sessão

A paciente veio a consulta com a sua filha, pois não tinha onde deixá-la.

Estava muito bem-disposta, alegando que viu o pai da filha dela, que o cumprimentou, que “na próxima que ele for visitar a filha dela, esta aberta a conversar”(sic). Durante a semana anterior a consulta, tinha ido procurar emprego.

Nesta sessão foi feita identificação de algumas situações que H.N teve pensamentos automáticos, segundo a ficha de automonitorização, que a mesma disse ter preenchido em casa (esta não devolvida a estagiária). Seguidamente com orientação da estagiária repensou as situações e de como poderia substituí-los por pensamentos mais adaptativos.

¹⁴ Ver anexo 5

¹⁵ Ver anexo 6

Foi explicado a paciente que as consultas com a estagiária já estavam a chegar no fim, porque o estágio iria terminar. Por isso na sessão seguinte iria ter alta provisória. Mas poderia continuar a consulta com a psicóloga do centro no mês de Agosto. A paciente compreendeu e comprometeu-se a remarcar uma consulta com a psicóloga orientadora do estágio.

4ª Sessão

Esta sessão foi de devolução do processo de intervenção considerando-se as melhorias relativamente aos motivos que trouxeram a paciente á consulta, bem como à demanda apresentada.

Juntamente com a paciente foi feita uma análise de todo o processo desde da primeira consulta, de modo a se perceber os ganhos obtidos, a melhoria sintomática, do seu comportamento e adaptação ao meio e à situação que vivenciava.

Solicitando-se que a paciente refletisse sobre o relacionamento atual em relação a filha, esta colocou que: “agora já entendi que tenho uma razão para estar viva, minha filha, só tenho medo que algum dia me aconteça alguma coisa e ela fique sozinha”(sic). Ainda acrescentou que estava se sentindo muito melhor depois que veio às consultas, estando menos agressiva verbalmente, em relação ao que dizia às pessoas, ponderando antes falar e tendo melhorado no relacionamento com elas, preocupando-se menos com o que poderiam pensar dela.

10.2-Analise das sessões de intervenção

Durante a intervenção, foram constatadas melhorias na sintomatologia da paciente, pois, ela se apresentava na consulta com uma expressão facial mais leve e alegre, já não chorava quando referia a episódios da sua infância e do pai da filha dela. Observou-se, quando trouxe sua filha a consulta, que estava mais paciente com ela, pois a filha chorou algumas vezes e H.N calmamente acalmou-a.

Trabalhado a assertividade na comunicação, a paciente revelou ter melhorado relativamente a forma de comunicar com as pessoas e, principalmente, com o pai da filha dela, tendo refletido antes de lhe responder, não de forma agressiva como acontecia antes.

Em relação aos pensamentos automáticos, após a intervenção, a paciente já os reconhecia e tentava modifica-los. Verificou-se que os pensamentos suicidas já não estavam mais presentes.

O relacionamento com a sua filha, também melhorou, pois já tinha mais paciência em cuidar dela e já não tinha pensamentos de agressão quando a filha chorava.

Capítulo IV. PROJECTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

1- Apresentação do Projeto “ Importância de Dizer Não”

1.1- Introdução

O programa é um projeto de prevenção primária, que tem como objectivo promover a recusa do uso de substâncias psicoativas das crianças em idade escolar.

O mesmo visa o uso de estratégias mais eficazes, envolvendo toda a comunidade escolar, bem como uma melhor gestão do tempo livre, para a prática de hábitos saudáveis.

Para orientação na implementação do projeto terá a colaboração de uma psicóloga da área clínica e da Saúde.

1.2- Justificação/contextualização

O consumo do álcool e outras drogas vem se expandindo mundialmente e constitui, hoje, uma ameaça à estabilidade das estruturas, dos valores económicos, políticos, sociais e culturais das nações. O abuso destes entre jovens tem sido uma das questões que mais afligem a sociedade contemporânea.

O levantamento epidemiológico realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em estudantes de educação básica, comprova a presença de psicotrópicos nas escolas e uma tendência de iniciação precoce, na faixa etária de 10- 12 anos mais de 12% das crianças já usaram algum tipo de droga na vida. (Galduróz et al., 2004, Citado em Fonseca, 2006)

O início do consumo de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais precoces é um facto comprovado por diversos estudos realizados em Cabo Verde em momentos distintos pelo INE¹⁶, AZM¹⁷ e CCCD¹⁸.

Um estudo realizado em 2005, pela Associação Zé Moniz, “ A Saúde e Estilos de vida de Adolescentes Cabo-verdianos Frequentando o Ensino Secundário”, revelou que 39,6% dos jovens tinham experimentado o álcool.

Aos 13 anos, 28.8% dos adolescentes já tinham experimentado álcool, dos quais 14.8% já se tinham embriagado de 1 a 3 vezes; aos 15 anos, 37.8% experimentado e 21.8% já tinham estado embriagados de 1 a 3 vezes e, dos quais, 31% tinham estado embriagados de 1 a 3 vezes (idem). (AZM,2005, citado em Boletim Oficial, 2016).

¹⁶ Instituto Nacional de Estatística

¹⁷ Associação Zé Moniz

¹⁸ Comissão de Coordenação e Combate às Drogas

A escola encontra-se diante de um novo desafio e, nesta circunstância, educar para prevenção apresentasse como a melhor alternativa para o enfrentamento do consumo de álcool e outras drogas entre estudantes. Prevenção significa dispor com antecipação, impedir ou pelo menos reduzir o consumo.

A escola é o lugar privilegiado para intervenções educacionais. Deve elaborar projetos que assegurem ações preventivas intensivas e duradouras, tendo como guia um Plano de Ação e o Programa Preventivo. Na prática escolar, a prevenção ao abuso de álcool e outras drogas torna-se viável por intervenções nas condições de ensino e, principalmente, são direcionadas ao projeto político pedagógico, à gestão escolar e à abordagem educacional, como apresentados na sequência. (Fonseca, 2006).

1.3- Beneficiários

É um programa dedicado às crianças e promove a aquisição de competências para recusar o uso álcool e outras drogas, em que estes são os beneficiários diretos do programa.

Como beneficiários indiretos temos a família, a escola e a comunidade em que estão inseridos as crianças.

1.4-Objectivos

I. Objectivo Geral:

Facilitar a aquisição de habilidades de recusa do uso do álcool e outras drogas.

II. Objectivos Específicos

- Identificar as situações de risco do uso de álcool e outras drogas e como lidar com eles.
- Informar sobre os efeitos e riscos de consumo precoce, bem como as consequências do uso agudo e crónico dessas substâncias.

1.5-Atividades do programa/ técnicas

Quadro1: Atividades de cada sessão

Sessão	Atividade	Dinâmica	Técnicas/ estratégias de intervenção
1	Círculo de apresentação	Apresentação dos elementos do grupo, dos objectivos do programa e das regras;	Instrução verbal; Uso de exemplos; reforço positivo;

2	Jogo “cadeira livre” O que eu sei sobre as drogas?	Interação grupal Sentar em grupo	Instrução; reforço positivo; Troca de ideias; <i>feedback</i> .
3	Proteger é preciso, Prevenção do Uso do álcool CAT: Fumar Prá Quê? Família, filhos e drogas Responder acertadamente as questões sobre o tema	Vídeos Jogo “tarefa surpresa”	Educação para Saúde (alertar sobre comportamentos de risco) Instrução; reforço positivo; encorajamento a responder questões
4	Autonomia: “ Digo não as drogas” (reconhecer situações de risco).	Vídeos “ Prevenção do Uso do Alcool e Outras Drogas, turma da Tina”; “Drogas e o sistema Nervoso”	Instrução; uso de exemplos; Educação para Saúde (alertar sobre situações de risco); <i>feedback</i>
5	Ensaio da dramatização		Instrução; reforço positivo; <i>feedback</i>
6	Ensaio da dramatização		Instrução; reforço positivo; <i>feedback</i>
7	Ensaio da dramatização		Instrução; reforço positivo; <i>feedback</i>
8	Avaliação do programa O que eu já aprendi sobre as drogas	Jogo “Roda da Reflexão”	Treino assertivo; reforço positivo; <i>feedback</i>

1.6-Metas a serem alcançadas

No final do projeto deve-se constatar que as crianças que participaram no projeto efetivamente adquiriram competências para a recusa do uso de substâncias psicoativas.

1.7-Público-alvo

Cinco a dez crianças em idade escolar, do 4º ao 6ºano da Escola primaria Padre Cristiano da comunidade de Chã Alecrim, na ilha de São vicente.

1.8-Participantes

Os professores e a direção da escola (para a seleção dos participantes);

Família das crianças (para a autorização dos filhos na participação no programa);

Estagiária do curso de licenciatura em Psicologia da Universidade do Mindelo (para a execução do programa).

1.9-Local

Escola primaria Padre Cristiano

1.10-Espaço

A equipa se adapta às condições existentes, podendo ser inclusive num espaço livre dentro da escola.

1.11-Horário

As atividades realizar-se-ão 2 vezes por semana no horário contrário das aulas e mediante as necessidades do grupo de crianças e da disponibilidade dos professores, a estagiária. Sendo o ideal 2 sessões semanais de 1h30mn cada.

1.12-Matérias

Materiais de escritório e escolares: computador, projetor, lápis, caneta, papel A4, para realização das atividades.

1.13-Método

Com os alunos será realizada, atividades, como jogos, que promovam a interação entre eles. Seguidamente, uma conversa com para saber o seu nível de conhecimento sobre o assunto. Divulgação de vídeos a adaptados á idade, explicitando o consumo de drogas e as suas

consequências. Criação de uma peça teatral, ilustrando comportamentos de recusa perante o consumo, que será apresentada no final do programa, para a comunidade escolar.

1.14-Procedimentos

I. Seleção dos alunos

A seleção das crianças para participar no programa será feita mediante a indicação por parte dos professores, dando prioridades as crianças com familiares, com quem moram, que consomem substâncias psicoativas.

II. Contacto com os professores

Mediante a disponibilidade dos professores, será realizada uma reunião onde será explicado o objectivos e benefícios do programa, bem como a importância de toda comunidade docente participar no mesmo.

III. Contacto com os pais

Um primeiro contacto será feito, com o objectivo de apresentar as vantagens de tanto eles como os seus filhos participarem nas atividades. Mediante o consentimento, será feita a recolha de informações sociodemográficas, para averiguação de factores de risco para o uso da substância.

IV. Primeiro contacto com o grupo.

Será feita apresentação do estagiário às crianças, como também o programa, a confidencialidade e de compromisso pela participação e posteriormente a participação dos mesmos na peça de teatro.

V. Desenrolar do programa

As atividades decorrerão dentro da escola mediante os objectivos específicos, procurando sempre estabelecer prioridades de acordo com as necessidades do grupo.

VI. Encerramento das atividades

Encenação teatral da história “Não quero experimentar drogas”, feita pelas crianças.

VII. Avaliação

A avaliação do programa será feita a partir do jogo “Roda da reflexão, onde será realizado uma série de questões sobre o tema.

1.15-Cronograma

Quadro 2: cronograma das atividades

Etapa 1 – Início de Junho	
2 Sessões	Contacto com a direção da escola e os pais
1 Sessão	Observação e seleção dos participantes
Etapa 2 – Junho a início de Julho	
8 Sessões	Desenrolar das atividades com os alunos e criação da peça teatral

1.16-Duração

O projeto terá início em Junho de 2017 e termina no início de Julho do mesmo ano. Tendo portanto uma duração de 1 mês.

2-Relatorio do projeto

1ª Sessão (Encontro com a Direção da Escola):

A sessão foi realizada na Escola padre Cristiano, com a Diretora da mesma, tendo como objectivo a apresentação do programa e a pertinência da mesma, bem como o pedido de autorização¹⁹ para a sua realização naquela instituição.

Após a apresentação do programa, a diretora autorizou a realização do projeto na escola.

A estagiária foi bem recebida na instituição, e prontamente, o corpo da mesma mostrou a sua disponibilidade para qualquer apoio.

2ª Sessão (Encontro com os Professores):

A sessão teve como objectivo a apresentação do projeto aos professores do 4º ao 6º ano e a referida autorização²⁰ para que os alunos participassem no mesmo.

¹⁹ Ver apêndice 4

Primeiramente foi feita a apresentação do projeto, para discussão e análise. Ficou acordado que a população-alvo para o projeto seria apenas os alunos do 5º ano, pois os do 4º e 6º teriam exames para realizar e teriam de se preparar para o mesmo. Posteriormente foi feita a apresentação do projeto aos alunos da turma referida, seguindo-se a escolha aleatória dos participantes, tendo como prioridade, alunos que tivessem familiares, com quem vivessem, que consumiam álcool/drogas.

Foram seleccionados 12 participantes, dos quais 6 do sexo masculino e os restantes do sexo feminino. As idades variavam dos 10 aos 13 anos.

Foi entregue a estes alunos o pedido de autorização, para levarem aos encarregados de educação, bem como a marcação de uma reunião com aqueles responsáveis, para apresentação do projeto.

3ª Sessão: (Encontro com os Encarregados de Educação)

A sessão teve como objectivo a apresentação do programa aos encarregados de educação das crianças seleccionadas, bem como apresentação das vantagens do mesmo.

Compareceram a sessão apenas 5 mães, encarregadas de educação.

Feita a apresentação e discussão da pertinência do projeto, decorreu a assinatura do consentimento informado²¹ para que os filhos pudessem participar no mesmo. Foram levantados os dados sociodemográficos dos alunos e apresentação do horário das sessões.

4ª Sessão (O que eu sei sobre as drogas):

A sessão teve como objectivo de se saber o nível de conhecimento dos alunos sobre o tema.

Primeiramente foi realizado o jogo da cadeira livre, para a interação grupal. Seguidamente foi feita uma série de questões sobre o uso do álcool e drogas e consequências do seu uso abusivo, das quais: exemplos de bebidas e drogas, a idade em que é permitido o uso do álcool, a droga que se pode utilizar legalmente, consequências do uso do álcool e das drogas para o organismo, família e a sociedade.

As crianças prontamente responderam as questões, estando animadas por estar a participar no projeto.

A sessão decorreu de forma tranquila e conseguiu-se atingir os objectivos preconizados.

Constatou-se que os participantes do grupo estão bem informados sobre o tema, mas que todos já haviam experimentado o álcool.

²⁰ Ver apêndice 5

²¹ Ver apêndice 6

5ª Sessão (Apresentação de Vídeos):

A sessão teve como objectivo apresentação de alguns vídeos²² (desenhos animados) que explicitassem as consequências do uso das substâncias.

Após a apresentação de cada vídeo, as crianças relataram o que entenderam sobre o mesmo, bem como enumeram varias consequências do uso, para o organismo, para sociedade e a família, que foram apresentados nos vídeos.

6ª Sessão (Digo não as drogas):

A sessão teve como objectivo apresentação de vídeos²³ que ilustram algumas situações de risco do consumo de álcool e drogas.

Após a visualização dos vídeos, foi feita aos alunos, uma série de perguntas sobre os mesmos, a identificação das situações de risco e de como lidar com elas. As crianças, sem nenhuma dificuldade enumeraram algumas situações de riscos que foram explicitados no vídeo.

Seguidamente colocaram algumas dúvidas e como lidar com pessoas na rua que estão embriagados.

7ª, 8ª, 9ª Sessão (Ensaio da Dramatização):

Teve como objectivo a criação de uma peça teatral²⁴ e seu ensaio, para ser apresentada no final do programa para a comunidade escolar.

As sessões decorreram como esperado e no final da última sessão, os participantes já tinham introjetado a peça teatral.

10ª sessão (Avaliação do programa):

Teve como objectivo a avaliação do programa.

Compareceram à sessão apenas 5 crianças.

Para avaliação do mesmo, foi realizada uma série de perguntas sobre o tema retratado, para saber se efetivamente as crianças adquiriram competências para a recusa das substâncias psicotrópicas. Os participantes responderam às questões sem nenhuma dificuldade e cada um relatou a sua percepção por ter participado no programa. Afirmaram que gostaram de ter participado no projeto e que infelizmente já estava a chegar ao fim. Aprenderam muitas

^{21 e 23} ver as referencias bibliográficas

²⁴ Ver anexo 6

coisas novas, de como lidar com as pessoas embriagadas; que não se deve abandonar nossos amigos e familiares que consomem álcool e drogas; que quando alguma pessoa oferecer álcool, como falar com ela e rejeitar a oferta do mesmo, que álcool deve ser consumido após os 18 anos, mas com moderação.

11ª Sessão (Apresentação da Peça Teatral):

Fez-se apresentação da peça teatral para a comunidade da escola.

Compareceram a escola, a diretora, os professores e as crianças do 4 ao 6ºano, algumas mães/ encarregadas de educação, a psicóloga orientadora do estágio e colegas do estágio.

Primeiramente a estagiária fez uma introdução em relação ao projeto para os presentes e seguidamente deu-se início à apresentação da peça teatral.

Os participantes da peça estavam nervosos, mas conseguiu-se apresentar o mesmo.

Por fim a estagiária agradeceu a todos os presentes e a psicóloga orientadora teceu alguns comentários sobre o projeto, bem como a diretora da escola, enfatizando a importância de projetos do tipo nas escolas.

3- Avaliação da Implementação do projeto

A realização e a execução do projeto foi muito pertinente tanto para a implementadora do mesmo, pois colocou-se em prática todo o suporte teórico adquirido durante a licenciatura, mas sobretudo para os participantes, pois observou-se que adquiriram as competências necessárias para a recusa das substâncias psicoativas, bem como para a transmissão desses conhecimentos à comunidade escolar, que era o objectivo principal da implementação do projeto.

Observou-se que foi a primeira que se realizava projetos desta natureza, na escola escolhida.

Ressalta-se que realizar projetos do tipo, revela ser importante, pois considera-se necessário trabalhar com as crianças, pois cada vez mais cedo, entram em contacto com o álcool e outras drogas. E nenhum lugar melhor do que a escola para sua realização por ser privilegiado para intervenções educacionais.

Em relação aos objectivos, conseguiu-se alcança-los, pois no final das sessões, verificou-se que os participantes já sabiam identificar as situações de risco do consumo, bem como as consequências do seu uso precoce, tendo adquirido as competências necessárias para dizerem “não às drogas.

Conclusão

Chegando ao fim de uma longa caminhada que foi a licenciatura, sentiu-se uma enorme satisfação, pois conseguiu-se superar todos os obstáculos no decorrer desta.

O estágio foi muito gratificante, pois, permitiu-se procurar e adquirir novos e importantes conhecimentos, cumprindo assim com os objectivos propostos ao longo do mesmo.

Teve-se a oportunidade entrar em contacto com os centros de saúde, seu funcionamento, seus pontos fortes e fracos e toda sua dinâmica.

Durante o estágio foi possível trabalhar-se algumas dificuldades da estagiária, que surgiram com a prática clínica pois inicialmente ficava ansiosa, quando os pacientes faltavam as consultas. Em relação a estes, também houve muitas desistências, o que foi interpretado, juntamente com a orientadora do estágio, como sendo uma dificuldade na prática do psicólogo na cultura cabo-verdiana e não algo relativamente aos estagiários, de que quando os pacientes começavam a sentir-se melhor com as consultas, ou ainda por não investirem em si, no tratamento psicológico, desistiam de ir. Em relação aos que continuaram o processo psicoterapêutico até ao fim, foi muito gratificante, pois foi possível constatar nas pacientes a melhoria da sua sintomatologia.

O projeto “importância de dizer não”, foi muito desafiador, pois era a primeira vez que a estagiária trabalhava com crianças, ou seja, permitiu-lhe sair da “zona de conforto” em que se encontrava ao trabalhar apenas com adultos. Tinha-se a ideia que seria muito difícil trabalhar com crianças, mas com objectivos alcançados, percebeu-se que é muito proveitoso a intervenção com estes.

O estágio foi muito dinâmico, pois trabalhou-se em várias áreas, como é o caso de visitas às comunidades, às instituições, aos domicílios, em que adquiriu-se mais experiência e uma percepção de que trabalhar em centros de saúde não se restringe apenas a consultas individuais.

Por fim, é de salientar que a estagiária leva consigo um leque de conhecimentos e experiências únicas, da instituição que a acolheu e a fez sentir em casa.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnostico e Estatística das perturbações Mentais. 4ª ed, Lisboa, Climepsi Editores.

Boletim Oficial De República de Cabo Verde (2016). Plano De Álcool, I Série, Nº29. Disponível em <https://kios.incv.cv>.

Coimbra de Matos, A (2001). A Depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido. Lisboa, Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2002). O desespero. Lisboa, Climepsi editores.

Conceição, A.A., (sem data). Como prevenir o uso contra as drogas. Monografias.com. Recuperado a 6, Dezembro, 2015 de <http://br.monografias.com/trabalhos/drogas-prevencao/drogas-prevencao.shtml>.

Ferreira, V. R. T. & Mousquer D. N. (2004). Observação em Psicologia Clínica. Revista de Psicologia UnC, vol.2, n.1, p.54-61. Recuperado a 04, Setembro, 2017 de https://www.researchgate.net/profile/Vinicius_Ferreira3/publication/242169894_Observacao_em_Psicologia_Clinica/links/004635388dcf667eb6000000/Observacao-em-Psicologia-Clinica.pdf.

Fonseca, M. S., (2006). Como Prevenir o Abuso De Drogas nas Escolas. Psicologia Escolar e Educacional. Vol.10 n. 2. Recuperado a 6, Dezembro, 2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000200018

Golse. B (2006). O desenvolvimento afectivo e Intelectual da Criança. Portugal, Climepsi editores.

Gorestein, C., Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. ResearchGate. Recuperado a 22, Agosto, 2017 de https://www.researchgate.net/profile/Clarice_Gorenstein/publication/284700806_Inventario_de_depressao_de_Beck_Propriedades_psicometricas_da-versao_em_portugues/.

Leal, I (2010). Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio, 2ª ed., Lisboa, Placebo Editores.

Morsch, D.S., Braga, N.A. (2003). A Depressão na Gestação e na UTI Neonatal. Editora FIOCRUZ, p. 69-80. Recuperado a 04, Setembro, 2007 de <http://books.scielo.org/id/rqhtt/pdf/moreira-9788575413579-08.pdf>.

Rodrigues, C. (2013), Depressão, Suporte Social e Suicídio em Adolescentes Cabo-verdianos, Dissertação de Mestrado (não publicada), Universidade Da Beira Interior, Covilha, Portugal.

Sbicigo, J., Bandeira, R., Dell’Aglia, D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. Psico-USF, v. 15, n. 3, p. 395-403. Recuperado a 22, Agosto, 2017 de <http://www.scielo.br/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>.

Trindade, I. e Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos cuidados primários*. 2ªed., Lisboa, Climepsi Editores.

Oficina de Imagens. (Produtor) Proteger é preciso, episódio 7, Drogas. Recuperado a 14, Junho, 2017 de https://www.youtube.com/watch?v=MPNh_MIUhTk2D+.

2D+. (Produtor) Fumar Pra Quê?, Recuperado a 14, Junho, 2017 de <https://www.youtube.com/watch?v=7xxJVkZe4-k>

Instituto Educacional Livre Ofício. (Produtor). (2006). Drogas e o Sistema Nervoso, Recuperado a 14, Junho, 2017 de https://www.youtube.com/watch?v=xDtC_c4ocO8

TV Escola. (Produtor).(1999). Família, Filhos e Drogas, Recuperado a 14, Junho, 2017 de <https://www.youtube.com/watch?v=JxVbALpxOeE>

Sousa Produções. (Produtor). (2012). Turma da Mônica: Turma da Tina na Prevenção do Uso de Álcool e Outras Drogas, Acedido a 14, Junho, 2017 de <https://www.youtube.com/watch?v=iqQK85fYwAo>

Apêndices

Apêndice 1- Casuística dos atendimentos no CSCA

Apêndice 2- Folheto Álcool

Apêndice 3- Folheto Depressão

Apêndice 4- Autorização da Escola para implementação do projeto

Apêndice 5- Autorização da Professora para a seleção dos participantes

Apêndice 6- Consentimento Informado

Apêndice 7- Fotografias de algumas atividades realizadas

Apêndice 1- Casuística dos atendimentos no CSCA

Nome	Sexo	Idade	Hip. Diagnostica	Procedimento	Desfecho
D**	F	9	Perturbação de aprendizagem	Aplicação do teste para aptidão de aprendizagem	Encaminhamento para Sala de Recursos do M E
C**	F	8	Comportamento disruptivo	Anamnese com a mãe	Seguimento
C *	F	18	Problemas afectivos	Avaliação	Desistiu
E *	M	40	Dependência alcoólica	Avaliação e Intervenção	Desistiu
L***	F	32	Dependência Alcoólica	Triagem	Desistiu
M***	F	15	Perturbação na Adolescência sem Outra Especificação	Triagem	Encaminhamento à psicóloga orientadora
T	F	8	Comportamento Disruptivo	Anamnese com a mãe	Desistiu
I	F	17	Outras Perturbações na Adolescência	Entrevista clinica	Desistência
A	F	41	Problema relacional com abuso físico	Avaliação e intervenção	Alta
A	F	53	Problema relacional com abuso físico	Avaliação	Desistência
J	F	56	Perturbação depressiva	Avaliação	Encaminhamento à psicóloga orientadora

Casuística dos casos atendidos na unidade sanitária de base em Salamansa

Nome	Sexo	Idade	Hip. Diagnostica	Procedimento	Desfecho
D*	F	10	Perturbação da memória	Avaliação Neuropsicologica	Alta
M**	F	69	Depressão	Avaliação	Encaminhamento para Saude Mental
A	F	89	Falta de adesão a tratamento	Avaliação	Encaminhamento à psicóloga orientadora

*Participação directa

** Participação Indirecta

*** Triagem

Apêndice 2- Folheto Álcool



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

PREVENÇÃO DO USO DO ALCOOL

Efeitos na saúde



- Cirrose Hepática;
- Câncer do estômago, esôfago, pâncreas;
- Falta de vontade;

- Perda da concentração e memória;
- Dificuldades em andar;
- Tremores dos pés e das mãos;
- Depressão;
- Insônia.



Efeitos sociais



- Acidentes de trânsito;
- Má produtividade no trabalho;
- Desemprego



- Perda do sentido do dever e dos bons costumes;
- Falta de trabalho;
- Crimes.

Efeitos na família

- Os filhos aprendem a beber em casa;
- O desemprego traz as dificuldades financeiras;



Efeitos nas crianças

- Quando vêem os adultos a beber, podem imita-los;
- O álcool prejudica o desenvolvimento do organismo da criança;



- Quando as crianças compram álcool nas lojas, podem beber durante o caminho para casa;
- Quando mais cedo a criança começa a beber, a possibilidade de tornar dependente de álcool é maior.



- Violência Doméstica;
- Discussões entre o casal;
- Divorcio.

- A lei proíbe a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos porque ainda o cérebro e o corpo estão em formação.




ORGANIZAÇÃO:

SERVIÇO DE PSICOLOGIA/ ESTAGIARIAS DE PSICOLOGIA DA UNI-MINDELO 2016/17

Apêndice 3- Folheto Depressão

Depressão nos Idosos

Os factores associados à depressão nos idosos: as doenças físicas e/ou incapacitantes (dificuldades em sair de casa, por ex.); alguns tipos de medicação associados a algumas doenças; perda do cônjuge ou amigo próximo; stress associado à aposentação, aos problemas financeiros, à doença e à crescente consciencialização do seu envelhecimento.

Sinais:

- Ansiedade, dificuldades de concentração e de memória.
- Diminuição de prazer em actividades diárias
- Perda de sono, irritabilidade, transtornos de comportamento.

PREVENÇÃO

- Procura de apoio familiar ou de um amigo próximo.
- Aconselhamento e ajuda de um profissional de saúde.
⇒ CONVERSE!!!
- Mudanças na rotina diária e estilo de vida tais como:
 - Exercícios físicos diários; relaxamento; melhoria da qualidade de sono; alimentação saudável e balanceada; não consumo de álcool e drogas; procura de actividades de interesse ou passatempos; férias ou pequenos intervalos.

OBS: Se a depressão não for tratada pode levar o Suicídio.

ORGANIZAÇÃO & ELABORAÇÃO:

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA
DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO
VICENTE**

**&
ESTÁGIÁRIAS DO CURSO DE
PSICOLOGIA DA UNI-MINDELO 2016/17**

Contactos:

Delegacia de Saúde de S.V:

- Sede: 232 85 28

Centros de Saúde:

- Bela Vista: 231 45 50
- Centro de Terapia Ocupacional da Rª de Vinha: 232 92 35
- Chã de alecrim: 231 92 99
- Fonte Inês: 231 37 58
- Monte Sossego: 232 37 58
- Ribeira de Craquinha: 232 98 96
- Ribeirinha: 232 28 57

Lembre-se! Procurar tratamento é um sinal de força e é o primeiro passo para se sentir melhor.



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**

**DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO
VICENTE**

DIA MUNDIAL DA SAÚDE:

7 DE ABRIL DE 2017

"DEPRESSÃO: VAMOS CONVERSAR"



Segundo a OMS:

**Até 2020 a depressão será a doença mais
incapacitante do mundo.**

DEPRESSÃO

O que é Depressão?

Trata-se de um distúrbio emocional podendo traduzir-se num estado de abatimento e infelicidade, o qual pode ser transitório ou permanente. É um conjunto de sintomas que afectam principalmente a vida afectiva/emocional de uma pessoa.

A **depressão clínica** afecta o humor, a mente, o corpo e o comportamento.

Não é sinal de fraqueza pessoal ou algo que a pessoa possa desejar que desapareça.

Sem tratamento, os sintomas podem durar semanas, meses ou anos!!!

Sintomas

- Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia.
- Desânimo, cansaço fácil.
- Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer.
- Desinteresse, falta de motivação.
- Falta de vontade e indecisão.
- Sentimentos de medo, insegurança, desespero.
- Sensação de falta de sentido na vida.
- Diminuição do desempenho sexual.
- Perda ou aumento do apetite e do peso.
- Insónia.

Se apresentar pelo menos 5 destes sintomas procure um psicólogo ou outro profissional de saúde!!!



Depressão em Crianças

As crianças que têm mais probabilidade de se tornarem deprimidas são as que :

- Sofrem de abusos ou negligências.
- Estão em ambiente familiar conflituoso.
- Sofrem de alguma doença na infância.



Sinais:

- Falta de vontade de fazer actividades em casa ou na escola.
- Falta de vontade de ir à escola.
- Dificuldades de concentração.
- Problemas de comportamento.
- Desvios alimentares.
- Fadiga ou cansaço.
- Irritabilidade excessiva.

Depressão em Adolescentes

A depressão em adolescentes muitas vezes é acompanhada do abuso do tabaco, álcool e outras drogas, de comportamento sexual promíscuo e de outros comportamentos de risco. Pode também surgir de uma situação de luto de um familiar ou de um amigo próximo, de um histórico familiar de depressão, de uma ofensa física ou sexual.

Sinais:

- Interferências em actividades diárias, tais como, a diminuição de prazer em actividades e passatempos.
- Diminuição do desempenho académico.
- Perda de interesse na amizade.
- Excesso de sono, irritabilidade, transtornos de comportamento.

Depressão depois do parto

Os sentimentos gerais de tristeza pós-parto não desaparecem e evoluem para uma depressão total. Alguns sintomas podem ser sentidos:

- Diminuição de energia, fadiga.
- Dificuldade de concentração.
- Perturbações do sono e do apetite.
- Perda de interesse, diminuição do interesse sexual.
- Ideias suicidas, alterações de humor.
- Ansiedade; agitação.
- Perda de sentimentos positivos em relação às pessoas amadas.
- Sentimento de culpa por não amar suficientemente o bebé.

Apêndice 4- Autorização da Escola para implementação do projeto

Ex.ma Senhora:

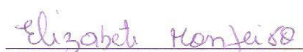
Diretora da Escola Padre Cristiano Rodrigues

Assunto: Pedido de autorização para a implementação de um projeto na Escola Padre Cristiano Rodrigues.

Mindelo, Junho de 2017

A presente carta tem como propósito, solicitar, formalmente à vossa Excelência, a autorização para a implementação, na instituição que dirige, um projeto que faz parte do plano de estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde, da universidade do Mindelo.

O projeto de promoção da saúde “Importância de dizer não”, visa promover a recusa de substâncias como o álcool e outras drogas em das crianças em idade escolar. O mesmo assegura o respeito pelos requisitos éticos, portanto garante-se: o **consentimento informado** dos participantes bem como dos pais/ encarregados de educação dos mesmos, informando-os sobre os procedimentos a serem adoptados; a **privacidade e a confidencialidade** das informações, ou seja, não irá conter os dados de identificação (nome do aluno, filiação, etc), e **não afectara os participantes** em relação à sua rotina e seu rendimento escolar. Assim, o que solicito é a sua permissão e colaboração para que sejam escolhidos alguns participantes, aleatoriamente, da turma do 5ºano, para que eles possam participar no projeto. Finalizo agradecendo desde já a sua consideração, colaboração e atenção dispensada. Com melhores cumprimentos,



/ Elizabete Monteiro/

-Estagiária de Psicologia-


Ministério da Educação
Escola Padre Cristiano Rodrigues
Bólo nº 21
Raquel Lopes
Chã de Alecrim - S. Vicente

-Diretora da Escola-

Elizabete C. L Monteiro, Aluna nº3155| Contactos 9770314, E-mail: caravelabetty@gmail.com

Apêndice 5- Autorização da Professora para a seleção dos participantes

Ex.ma Senhora:

Professora do 5º da Escola Padre Cristiano Rodrigues

Assunto: Pedido de autorização para seleção de participantes para implementação de um projeto na Escola Padre Cristiano Rodrigues.

Mindelo, Junho de 2017

A presente carta tem como propósito, solicitar, formalmente à vossa Excelência, a autorização para a seleção dos participantes da turma o 5º ano, na instituição onde lecciona, para participar um projeto que faz parte do plano de estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde, da universidade do Mindelo, São Vicente. O projeto de promoção da saúde “Importância de dizer não”, visa promover a recusa de substâncias como o álcool e outras drogas em das crianças em idade escolar. O mesmo assegura o respeito pelos requisitos éticos, portanto garante-se: o **consentimento informado** dos participantes bem como dos pais/ encarregados de educação dos mesmos, informando-os sobre os procedimentos a serem adoptados; a **privacidade e a confidencialidade** das informações, ou seja, não irá conter os dados de identificação (nome do aluno, filiação, etc), e **não afectara os participantes** em relação à sua rotina e seu rendimento escolar. Assim, o que solicito é a sua permissão e colaboração para que sejam escolhidos alguns participantes, aleatoriamente, da turma referida, para que eles possam participar no projeto. Finalizo agradecendo desde já a sua consideração, colaboração e atenção dispensada. Com melhores cumprimentos,



/ Elizabete Monteiro/

-Estagiária de Psicologia-



Antonia Silveira /

-Professora da Escola-

Elizabete C. L. Monteiro, Aluna nº3155| Contactos 9770314, E-mail: caravelabetty@gmail.com

Apêndice 6- Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJECTO

Exmo.(a) Sr.(a), Encarregado de Educação

Gostaria de solicitar a vossa autorização para que o(a) aluno(a) _____, que esta sob sua responsabilidade, participasse no projeto “Importância de dizer não”, no âmbito do Estágio de Psicologia Clínica e da Saúde, que visa promover a recusa de substâncias como o álcool e outras drogas em das crianças em idade escolar.

O projeto garante a privacidade e a confidencialidade das informações, ou seja, não irá conter os dados de identificação (nome do aluno, filiação, etc), e não afectara os participantes em relação á sua rotina e seu rendimento escolar.

Assim, assinale com uma cruz, conforme a sua vontade, uma das opções abaixo indicadas:

- Autorizo a participação da criança sob minha responsabilidade no projeto.
_____ Sim
- Não autorizo a participação da criança sob minha responsabilidade no projeto. _____ Não

Muito obrigada pela sua consideração, colaboração e atenção dispensada.

/ Encarregado de Educação/

/ Elizabete Monteiro/
-Estagiária de Psicologia-

/ Claudia G.Rodrigues/
- Psicóloga-

Para mais informações, contactar-me através do centro de Saúde de chã Alecrim(telf:2319299) ou através do telemóvel 9770314.

Apêndice 7- Fotografias de algumas atividades realizadas

Abordagens na Sala de Espera na unidade sanitária de base em Salamansa



Feira da Saúde



Projeto “ Importância de Dizer não”







Anexos

Anexo 1- Genograma

Anexo 2- Inventário de Depressão de Beck

Anexo 3 – Escala de Autoestima de Rosenberg

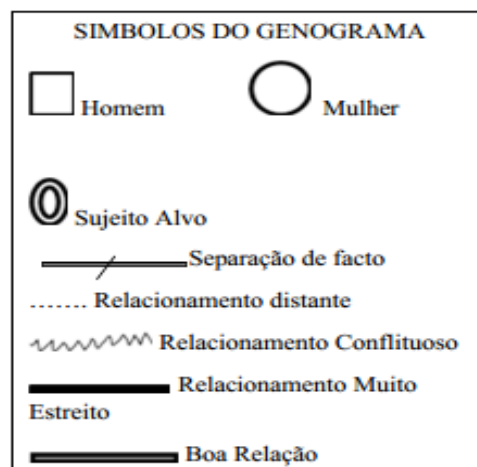
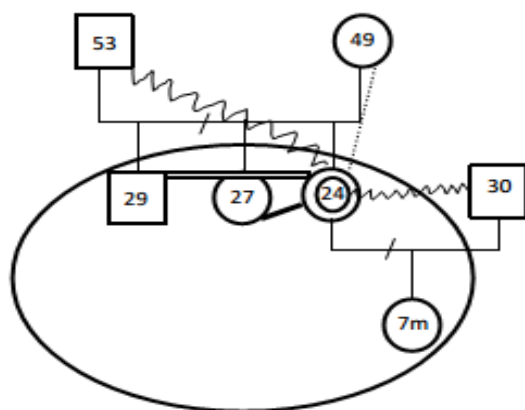
Anexo 4- Questionário de Ideação Suicida

Anexo 5- Ficha de Automonitorização

Anexo 6- Power Pont “Comunicação Assertiva”

Anexo 7- Peça Teatral “ Não Quero Experimentar Drogas”

Anexo 1- Genograma



Anexo 2- Inventário de Depressão de Beck

37

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK
(BDI)

Data: 26 / 6 / 17 Checado por: Elizabeth Monteiro

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

- 0 = não me sinto triste
☒ 1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
- 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
☒ 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
- 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
☒ 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
- 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
☒ 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
- 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
☒ 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

38

- 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
☒ 3 = sinto que estou sendo punido(a)
- 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
☒ 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio
- 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
☒ 1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
- 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
☒ 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
- 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
☒ 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
- 0 = não me irrito mais agora do que em qualquer outra época
☒ 1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 = absolutamente não me irrito com as coisas que costumam irritar-me
- 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
☒ 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
- 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
☒ 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 = não consigo mais tomar decisões

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
 1 = não durmo tão bem quanto costumava
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
 2 = meu apetite está muito pior agora
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
 1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente
 2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
 3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisãoes de ventre
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que costumava
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

21 pontos
 19-21 → Depressão moderada grave

Anexo 3- Escala de Autoestima de Rosenberg

3/7/17

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Esta escala é composta por 10 perguntas que deves responder de acordo com uma escala de quatro pontos, entre "concordo totalmente" e "discordo totalmente".
 Responde à lista abaixo, sobre como geralmente te sentes acerca de ti mesmo. Utiliza a legenda, abaixo, para assinalares a tua resposta. Faça uma *cruz* debaixo de cada número, correspondente a cada pergunta.

Legenda	1.	Concordo Totalmente
	2.	Concordo
	3.	Discordo
	4.	Discordo Totalmente

	1	2	3	4
1. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.			X	
2. Às vezes eu acho que não presto para nada.		X		
3. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.		X		
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.			X	
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.		X		
6. Às vezes eu me sinto inútil.		X		
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.		X		
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.		X		
9. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.		X		
10. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.		X		

13v

Anexo 4- Questionário de Ideação Suicida

30/6/17 Filipino Elizabeth
Kamuela

QUESTIONÁRIO DE IDEAÇÃO SUICIDA (Ferreira & Castela, 1999)

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta

1- Nunca	4- Às vezes
2- Quase Nunca	5- Frequentemente
3- Raramente	6- Quase Sempre
	7- Sempre

	1	2	3	4	5	6	7
1 Pensei que seria melhor não estar vivo.				X			
2 Pensei suicidar-me.				X			
3 Pensei na maneira como me suicidaria.				X			
4 Pensei quando me suicidaria.				X			
5 Pensei em pessoas a morrerem.				X			
6 Pensei na morte.				X			
7 Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.				X			
8 Pensei em escrever um testamento.				X			
9 Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	X						
10 Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	X						
11 Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							X
12 Desejei estar morto(a).				X			
13 Pensei em como seria fácil acabar com tudo.				X			
14 Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.				X			
15 Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	X						
	1	2	3	4	5	6	7
16 Desejei ter coragem para me matar.				X			
17 Desejei nunca ter nascido.				X			
18 Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.				X			
19 Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.				X			
20 Pensei em matar-me, mas não o faria.				X			
21 Pensei em ter um acidente grave.			X				
22 Pensei que a vida não valia a pena.						X	
23 Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.			X				
24 Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.				X			
25 Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.			X				
26 Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	X						
27 Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me				X			
28 Perguntei-me se teria coragem para me matar.							X
29 Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia				X			
30 Desejei ter o direito de me matar.	X						

0 6 5h 10 12

82 vol

Anexo 5- Ficha de automonitorização

Dia	Hora	Situação	Pensamento	Sentimento

Comportamento	Pensamento Alternativo	Sentimento	Comportamento

Anexo 6- Assertividade e Comunicação



Assertividade?

Ser assertivo é ...

Expressar os pensamentos, opiniões e sentimentos de forma calma, apropriada e objectiva, tendo em conta os pensamentos, opiniões e sentimentos do outro.

Defender claramente os seus direitos sem desprezar os direitos dos outros .



Passivo



Agressivo



Assertivo



Indivíduo **PASSIVO**



- ➔ Não toma atitudes para assegurar os seus direitos.
- ➔ Coloca os outros em primeiro lugar, em prejuízo dele próprio.
- ➔ Cede sempre ao que os outros querem.
- ➔ Fica calado quando algo o aborrece.
- ➔ Pede muitas vezes desculpa.

AGRESSIVO



- ➔ Defende os seus direitos desprezando os direitos dos outros.
- ➔ Coloca-se em primeiro lugar à custa dos outros.
- ➔ Passa por cima dos outros.
- ➔ Atinge os seus objectivos à custa dos outros.

ASSERTIVO



- ➔ Defende os seus direitos sem desprezar os direitos dos outros.
- ➔ Tem respeito por si próprio bem como pelos outros.
- ➔ Sabe ouvir e falar.
- ➔ Expressa sentimentos positivos e negativos.
- ➔ É confiante sem exageros.

Conhecer os meus direitos assertivos

- O direito a ser tratado com respeito e dignidade;
- 2. O direito a ter e expressar sentimentos e opiniões próprias;
- 3. O direito a ser escutado e tomado a sério;
- 4. O direito a julgar as minhas necessidades, estabelecer as minhas prioridades e tomar as minhas próprias decisões;
- 5. O direito a dizer «Não» sem sentir culpa;
- 6. O direito de cometer erros;
- 7. O direito de pedir informação e a ser informado;
- 8. O direito a ser ajudado;
- 9. O direito a aperfeiçoar-se;
- 10. O direito a ser independente;
- 11. O direito a ser feliz;
- 12. O direito ao meu descanso, espaço, sendo assertivo.

Conhecer os meus deveres assertivos

- O dever de tratar os outros com respeito e dignidade;
- 2. O dever de respeitar as opiniões dos outros;
- 3. O dever de escutar e levar os outros a sério;
- 4. O dever de não pensar só nas minhas necessidades, de não passar por cima dos outros e de tomar decisões ponderadas;
- 5. O dever de saber ouvir «Não»;
- 6. O dever de assumir os meus erros, aprender com eles e corrigi-los;
- 7. O dever de ser coerente;
- 8. O dever de ajudar;
- 9. O dever de aperfeiçoar-se;
- 10. O dever de lutar por ser auto-suficiente;
- 11. O dever de lutar pela minha felicidade;
- 12. O dever de respeitar o espaço dos outros.

EXEMPLO NO AMBITO FAMILIAR

1 A Susana namora o Paulo há um mês. Ela quer que o Paulo vá lá a casa, uma vez que os pais dela estão fora.

Ele às vezes tenta falar dos seus sentimentos mas a Susana interrompe-o sempre. O Paulo cabisbaixo acaba por dizer à Susana numa voz suave;

A Susana interrompe-o outra vez, aproxima-se dele com as mãos na anca e cara-a-cara grita-lhe...

Eu sei que vais pensar que sou maluco, mas...

És maluco, mas para além disso és um estúpido.

Está bem, eu vou.

O Paulo baixa a cabeça e os olhos, derrotado.

O comportamento do Paulo é Passivo O comportamento da Susana é Agressivo

Porquê? Cede ao que a Susana lhe pede, contra a sua vontade Porquê? Faz prevalecer as suas vontades mesmo contra a vontade do outro.

O que diz? "Eu sei eu vou pensar que sou maluco" "Está bem, eu vou" O que diz? "És maluco mas, para além disso és um estúpido".

Como diz? Voz suave e baixa Como diz? Interrompe o outro, grita-lhe.

Posição do corpo? Cabeça para baixo Posição do corpo? Cara a cara, mãos nas ancas

EXEMPLO NO AMBITO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL PESSOAL

2 A Mafalda está zangada com o Carlos, e quando o viu disse:

Carlos, preciso de falar contigo agora mesmo. Podemos falar onde não haja mais ninguém.

Passando para outra sala, a Mafalda senta-se direita, com as mãos sobre a mesa e olha o Carlos nos olhos. Diz numa voz calma mas decidida:

Pensei na tua proposta para o nosso encontro, mas não me sinto à vontade.

Penso que precisamos de mais tempo para nos tornarmos mais íntimos. Sei que querias e eu gosto muito de ti, mas ainda não estou preparada para isso. Concordas?

O comportamento da Mafalda é Assertivo

Porquê? Defende o seu ponto de vista de forma clara e confiante, sem desrespeitar o outro.

O que diz? Pede uma resposta e leva os sentimentos da outra pessoa em conta.

Como diz? Calmadamente, mas firme.


Posição do corpo? Senta-se a direito. Olha a pessoa nos olhos.


Situação



Problemas financeiros


O João e o Mário são bons amigos. O João trabalha em part-time, a seguir às aulas, e já emprestou dinheiro ao Mário em várias ocasiões. O João tem notado que ultimamente o Mário se atrasa muito a pagar e decide falar-lhe depois das aulas, para que ele pague o mais rapidamente possível.

As 4 Etapas da mensagem assertiva

Etapas	Descrição	O que poderás dizer	Mensagens
1. Explica os teus sentimentos e o problema	<ul style="list-style-type: none"> - Mostra como te sentes em relação ao comportamento/ problema. - Descreve o comportamento/ problema que viola os teus direitos ou te perturba. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sinto-me frustrado quando... - Sinto-me infeliz quando... - Sinto-me...quando... - Magoa-me quando... - Não gosto quando... 	<p>Sinto-me como se estivesse a ser usado quando te empresto dinheiro e não mo devolves logo a seguir.</p> 

2. Faz o teu pedido	Mostra claramente aquilo que gostarias que tivesse acontecido.	<ul style="list-style-type: none"> - Preferia que... - Gostaria que tu... - Poderias... - Por favor não... - Desejava que... 	<p>Gostaria que quando te empresto dinheiro mo devolvesse o mais depressa possível.</p> 
------------------------	--	---	--

3. Pergunta à outra pessoa o que é que ela acha do teu pedido	Pede à outra pessoa que expresse os seus sentimentos ou pensamentos em relação ao teu pedido.	<ul style="list-style-type: none"> - O que achas? - Estás de acordo? - O que é que pensas? - Qual é a tua opinião? - Tens algum problema com isso? 	<p>Estás de acordo?</p> 
Resposta	A outra pessoa expressa os seus sentimentos ou pensamentos em relação ao pedido.	A outra pessoa responde	<p>Sim, acho que tens razão. Nem sempre devolvo o dinheiro a tempo, mas para a próxima devolvo-te mais depressa.</p> 

4. Aceita e agradece.	Se a outra pessoa concordar com o teu pedido, dizer "obrigado" é uma boa maneira de acabar a conversa.	<ul style="list-style-type: none"> - Obrigado - Ótimo, fico agradecido - Ainda bem que concordas - Ótimo 	<p>Sabias que ias entender. Vamos ouvir música.</p> 
-----------------------------	--	--	--

Anexo 7- Peça teatral “ Não quero experimentar drogas”.

Cena 1: Na escola

Professora: Bom dia alunos

Alunos: Bom dia professora

Professora: Esta é a aluna nova. Ela é surda. Por isso não pode nos ouvir

Manuela: Faz gestos.

Gaby: então vamos falar com ela em libras. A linguagem dos sinais.

Professora: Isso mesmo Gaby.

Manuela: Faz gestos. (olá, meu nome é Manuela)

Alunos: fazem gestos (Seja bem vinda Manuela)

Mia: professora, vamos fazer uma festa de boas vindas para Manuela. Estão Todos convidados.

Alex: será lá em casa. Domingo á tarde.

Cena 2: Na festa

Mia: olha, a Manuela chegou.

Manuela: faz gestos (fica espantada. Muito obrigada.)

Alunos: heeeeeee!!!!

Todos se divertindo.

Gaby: Mia, tu sabes quem é aquele rapaz que esta conversando com o Rafa e o Alex?
(apontando para os rapazes)

Mia: eu não os conheço. Deve ser o amigo deles.

Gabriel: Alex, você já bebeu cerveja alguma vez?

Alex: não e nem quero beber.

Gabriel: Que tal, so uma vez, para saber como é?

Alex: não Gabriel, obrigado.

Gabriel: e tu Rafa, gostarias de experimentar?

Rafa: não sei. Talvez.

Alex: RAFA!!!! (levanta a voz?

Gabriel: eu já bebi cerveja varias vezes.

Alex: tenho uma ideia melhor. Vamos dar um volta na praça.

Eles: heeeee.

Cena 3: Na praça

Todos ficam a correr e brincar.

Gabriel: que estranho, não estou me sentindo bem.

Alex: o que esta acontecendo, tu és o melhor na corrida.

Gabriel: estou meio tonto e com falta de ar.

Ele cai no chão. E vai para o hospital.

Cena 4: na escola

Professora: bom dia meus alunos. Que passa. Que tristeza. O que houve

Alex: é que o nosso amigo Gabriel esta no hospital

Manuela: faz gestos (ele passou mal)

Professora: passou mal? Porque?

Mia: ele bebeu cerveja.

Professora: hummm. Bebida alcoólica é um problema. Faz mal a saúde e causa dependência nas pessoas. Fiquem sempre longe das bebidas alcoólicas.

Gaby: professora, nos queríamos visitar o Gabriel no hospital.

Professora: que bonita atitude. Depois da aula, nos vamos.

Cena 5: No Hospital

Gabriel: oi pessoal.

Doutora: Shiuuuu. Não podes fazer barulho no hospital.

Alex: Gabriel, tu entendeste porque não quero beber?

Gabriel: sim Alex, eu já passei mal outras vezes. Não quero beber mais.

Mia: pois é, e você perdeu o melhor da festa. Que pena.

Gabriel: vocês são os meus novos amigos. Eu quero estudar na vossa escola. Isso é possível professora?

Professora: sim, sem problemas.

Alunos: heeeeee!!!!

MUSICA

Não sigam um caminho qualquer. So porque alguém te mandou. Escolha o melhor que puder, e não se arrependa depois. **Repetir 2 vezes**